N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SCROFULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 3 février 1883

PAR

Mathieu SÉJA

Né à l'Isle-Rousse (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Medicina tota est in observationibus.

BAGLIVI.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE & RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5.

1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
DUMAS ✻ .....) Assesseurs
CASTAN.....) Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Opérations et appareils.	BOUISSON, O. ✻ ✠, D. hon.
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique chirurgicale.	COURTY ✻.
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie médicale.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), Professeurs honoraires.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs :
JACQUEMET.	MAIRET.
PÉCHOLIER.	CHALOT.
HAMELIN.	BIMAR.
GRYNFELTT.	LANNEGRACE.
DE GIRARD.	MOSSÉ.
SERRE.	REGIMBEAU ✻.
ROUSTAN.	TÉDENAT.
CARRIEU.	DUMAS fils.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. BOYER, *président ;*
CAVALIER, professeur ;
GAYRAUD, agrégé.
BIMAR, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BOYER

A Monsieur le Professeur CAVALIER

A Monsieur le Professeur-Agrégé GAYRAUD

A Monsieur le Professeur-Agrégé BIMAR

M. SEJA.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

M. SEJA.

INTRODUCTION

DIVISION DU SUJET

Les maladies se répartissent en deux grands groupes qui diffèrent par leur allure, leur mode d'évolution: nous avons nommé les maladies aiguës et les maladies chroniques. Les premières ont une marche à peu près déterminée, vive, rapide, à tendance presque fixe. Le médecin les suit, les surveille, les dirige et les combat quelquefois, lorsque par exemple elles revêtent le caractère auquel Galien donnait le nom de perverses. En dehors de ces cas, son rôle est de soutenir l'action curatrice de la nature, de s'opposer à toutes les complications qui pourraient troubler et compromettre la lutte de l'économie contre la maladie. Un bon exemple que nous pouvons donner pour fixer les idées est la conduite du médecin dans les fièvres éruptives.

Dans les maladies chroniques, le praticien se trouve en présence d'un problème plus compliqué, qu'il doit résoudre au bénéfice de son malade.

Les manifestations extérieures que l'on constate dans ces circonstances ne sont ordinairement que l'expression d'une modification plus intime de l'organisme. Il y a souvent là une affection *totius substantiæ* qui peut se traduire par les phénomènes les plus variés. L'œuvre du médecin est de démêler cette entité morbide qui se déguise et se cache sous des apparences souvent trompeuses. C'est en cela que le praticien fera à la fois œuvre d'art et de science. C'est en tranchant la difficulté qui est devant lui, en reconnaissant sous cette diversité d'aspect la vraie nature de la maladie, qu'il sera un thérapeute éclairé et utile.

Or, s'il est un groupe d'états morbides important à ce point de vue, c'est sans contredit le groupe des diathèses. La diathèse est par

définition « une affection morbide, constitutionnelle, par conséquent chronique, persistante, pouvant rester plus ou moins latente, dont les manifestations, portant sur la sensibilité, la motilité ou la plasticité et se développant toutes sous l'influence d'une même cause, sont incables de résoudre l'affection primitive, ni en fait, ni en tendance (1).»

Si l'on réfléchit à chacun des termes de cette définition, on ne tarde pas à comprendre la valeur de ces états constitutionnels, qui, pouvant rester latents pendant un long espace de temps, peuvent porter leur action sur tous les tissus de l'économie et amener des désordres que l'on ne fera cesser que lorsque l'on en aura bien reconnu la cause.

Au point de vue chirurgical, les diathèses n'ont pas moins d'intérêt. Elles peuvent donner lieu à des lésions qui sont du ressort de cette partie de la médecine. En outre, le traumatisme les met souvent en jeu; et elles viennent quelquefois compromettre l'œuvre du chirurgien si celui-ci averti, ne les réprime aussitôt.

Ces idées ont de tout temps régné dans l'école de Montpellier; elles ont assuré et maintenu les succès de ses praticiens. Elles n'ont point été reçues avec la même faveur partout; on les a même un peu raillées à une éqoque peu éloignée. Aujourd'hui les parisiens les plus autorisés tiennent un langage que le montpelliérain le plus pur ne désavouerait pas. M. Verneuil, l'un des maîtres de la chirurgie parisienne, parle sans cesse des états généraux: la plupart de ses communications les plus récentes portent sur les diathèses, leurs rôles dans la pathologie chirurgicale.

Au nombre de ces états diathésiques se trouve la scrofulose, qui par la multiplicité de ses manifestations sur la peau, les muqueuses, les articulations, les os, les viscères, mérite d'attirer l'attention du médecin, si ce dernier veut se conformer aux préceptes de pathologie générale que nous avons énoncés plus haut.

Pas de diathèse en effet plus importante que la scrofule. Frappant un grand nombre d'individus, elle peut produire les phénomènes les

(1) Castan, des diathèses 1867, p. 33.

plus divers; elle se manifeste sous mille formes, tantôt très légère, tantôt très grave. Son domaine a paru si étendu à quelques-uns, qu'ils ont voulu le restreindre au point de supprimer l'état morbide. D'autres l'agrandissant encore, comprennent la tuberculose dans la scrofule, tandis que pour les premiers la scrofule est renfermée dans la tuberculose.

Les discussions sur ce sujet sont nombreuses: le microscope est intervenu et a donné lieu aux opinions les plus opposées. Pour nous, nous voudrions affirmer l'existence de la scrofule en nous appuyant sur ses caractères cliniques. Les articles de Brissaud (1), de Grancher (2) ne nous ont point entièrement satisfaits. Inspiré par les leçons de 1882-83, sur ce sujet de M. le professeur L. Boyer, nous essaierons de caractériser la scrofule en montrant ce que ses lésions et ses manifestations ont de particulier et d'essentiel. Lorsque nous aurons établi ce premier point, nous en déduirons un traitement rationnel.

Notre but n'est donc point d'écrire une monographie complète sur la scrofule.

La vue des traités spéciaux de A. Pujol (de Castres), de Milcent, de Bazin, etc., suffirait pour nous montrer combien un tel projet dépasserait les limites imposées à notre thèse inaugurale.

Notre travail sera bien plus limité. Il n'en est pas moins d'une exécution difficile. Nous devons en effet faire une revue générale des lésions scrofuleuses, qui, sans être trop étendue, soit assez complète pour appuyer l'idée que nous voulons démontrer.

M. L. Boyer prétend, en effet, que les lésions scrofuleuses sont des inflammations persistantes, spéciales, tendant lentement à la résolution, donnant fréquemment naissance à des suppurations, à des ulcérations qui peuvent guérir par les seules forces de la nature, mais qui n'arrivent que lentement à cette solution heureuse, dans les cas où elles y parviennent.

(1) Dictionnaire de Jaccoud, art. *Scrofule*.
(2) Dictionnaire encyclopédique de Dechambre, 1880.

Nous partageons entièrement cette opinion. Pour nous, la scrofulose a un domaine vaste, mais réel et indiscutable. Si on a nié, contesté son existence, c'est qu'on a pris pour guider le jugement un criterium trop restreint et imparfait. On ne juge une maladie qu'en la considérant dans son ensemble, autant que dans ses manifestations isolées. L'étude d'un élément seul d'une affection ou d'une maladie conduit aux plus grandes erreurs. L'histoire de la scrofule en est un exemple frappant. Il faut de plus analyser les faits avec grand soin pour écarter les éléments étrangers qui altèrent par leur combinaison la forme primitive. La scrofule a des complications nombreuses qui s'unissent avec elle, lui donnent un cachet spécial, de même qu'elle applique le sien propre à la maladie surajoutée.

Notre plan sera simple.

Dans un premier chapitre, nous ferons une revue historique, rapide de la scrofule;

Le second sera consacré à l'étude clinique, ce sera la partie essentielle;

Le troisième à l'étude des complications de la scrofulose, de sa nature, de ses rapports avec la tuberculose;

Le quatrième au traitement;

Enfin, nous tirerons des conclusions. Nous serons heureux si nos juges veulent bien les affirmer justes, vraies, conformes aux saines idées de pathologie générale enseignées par l'école de Montpellier.

Ils voudront bien prendre en considération la difficulté du sujet que nous avons abordé sans hésitation, à raison de son importance et de son actualité.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SCROFULOSE

CHAPITRE 1er.

REVUE HISTORIQUE SUR LA SCROFULE.

La scrofule, de *scrofa* (truie), parce que le cou des individus porteurs de tumeurs scrofuleuses ressemble à celui dudit animal, a été cliniquement au moins connue de toute antiquité. Hippocrate signale à plusieurs reprises les tumeurs scrofuleuses χοίραδες (de χοιρος, porc) (1), Galien (2) parle aussi des χοίραδες καὶ τα αλλα φυματα. Avec les auteurs latins, nous trouvons les tumeurs scrofuleuses désignées sous le nom de *strumæ*. Celse (3), Scribonius, Marcellus les dénomment ainsi. Le mot scrofule fut, d'après Mercurialis (4), employé d'abord par les barbares, les Arabes peut-être. Dans les vieux auteurs français, on trouve

(1) Voyez en particulier : Œuvres complètes, trad. Littré, Maladies des glandes, t. VIII, 557, § 2.

(2) *Comment. ad. aph.*, Hippocrat., 3, 26.

(3) Liv. 5.

(4) *De morbo puerorum*, lib. 1, chap. v, p. 128.

les noms d'écrouelles, d'humeurs froides, de mál de roi pour désigner cette maladie. Quoi qu'il en soit, c'est Sauvages (1) le premier qui s'est servi du mot latin *scrofula* comme désignant l'ensemble de la maladie.

Il est un des premiers à désigner par scrofule un « concours de symptômes, dont le principal est l'existence des tumeurs strumeuses au cou. » Jusqu'au commencement du XVIII^me^ siècle, en effet, on n'entendait désigner par scrofules ou écrouelles que les engorgement ganglionnaires.

Mais les travaux spéciaux ne tardent pas à se produire ; Bergen (2), Dubois (3) ouvrent la série. Le concours ouvert par l'Académie royale de chirurgie en 1751 (4) provoqua l'apparition des mémoires de Bordeu, Charmetton, Faure, Goursaud, Magault et d'un anonyme. La scrofule est de mieux en mieux étudiée ; son domaine s'agrandit chaque jour. Un nouveau concours ouvert par la Société royale de médecine de Paris, en 1786, donna les deux mémoires de Baumes de Montpellier et de A. Pujol de Castres (5). Enfin, le travail le plus important sur ce sujet à cette époque est celui de Kortum (6). Toutes les manifestations de la scrofule étaient dues à un vice ou virus spécial complètement rejeté aujourd'hui. C'était sans doute une mauvaise interprétation des faits, mais elle valait mieux que l'étroite conception des anciens qui ne voyaient dans la scrofule que les manifestations écrouelleuses.

Vers la fin du XVIII^me^ siècle, on agrandit encore davantage le cadre des lésions strumeuses. Sylvius et Morton comparent les tubercules du poumon aux ganglions hypertrophiés de la scrofule et font rentrer

(1) Nosologie méthodique, 1762, t. III.

(2) *Dissertatio de scrofula*, 1700.

(3) Nouveau Traité des scrofules, 1726.

(4) Prix de l'Acad. royale de chirurgie, t. III.

(5) Œuvres diverses, t. III, 1802, sur le vice scrofuleux.

(6) *Commentarius de vitio scrofuloso cuique inde pendent morbis secundariis. Lengoviæ*, 1789.

le tubercule dans le groupe des lésions scrofuleuses. Mais ces idées bientôt attaquées par Baillie, furent complètement ruinées par les travaux de Vetter, Bayle (1) et Laennec (2). Grâce aux travaux de ces derniers, le tubercule reprit sa véritable place dans la pathologie. Malheureusement comme en toutes choses, une réaction en sens contraire se produisit, et l'on absorba la scrofulose dans la tuberculose, tandis que l'école anatomiste ne voyant dans la scrofule qu'un assemblage disparate de lésions inflammatoires, niait absolument son entité. Vogel (3) représente bien les doctrines des premiers. Broussais (1816) fut le premier à nier l'entité de la scrofule.

Malgré l'autorité de Broussais, Baudelocque (4) et Lugol (5) continuent à suivre la tradition en considérant la scrofule comme une maladie à part, essentielle. Ils ne peuvent cependant s'empêcher de considérer le tubercule comme un produit de la scrofule. Dès lors cette dernière a une existence incontestée bien établie par les travaux de Guersant (*Dict.* en 30 vol. 1844), de Milcent (6), de Lebert (7), qui traite la question en clinicien et en histologiste, enfin, par ceux de Hardy (8), Bazin (9).

Toutefois, si la scrofule est admise par tous en tant que maladie essentielle, les discussions sur sa nature vont se multiplier. La question portera surtout sur ses rapports avec la tuberculose. Les opinions les plus opposées sont mises au jour, ce qui n'a pas peu contribué à jeter de la confusion et de l'obscurité dans une question

(1) Recherches sur la phthisie pulmonaire, 1810.

(2) Traité de l'auscultation médiate, 1819.

(3) Traité d'anatomie pathologique, Paris 1847.

(4) Études sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse, Paris 1834.

(5) Recherches sur les maladies scrofuleuses, Paris 1844.

(6) Traite pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, 1849.

(7) De la scrofule, Paris 1846.

(8) Scrofulides et syphilides, Paris 1864.

(9) Sur la scrofule, 1861.

déja compliquée par l'étendue des lésions qu'elle embrasse. Ainsi, tandis que Bazin (1) fait du tubercule un produit commun à la scrofule et à la tuberculose, qui pour lui porte toujours son action sur le poumon, Hardy, Pidoux, Bazin, Grisolles, Jaccoud soutiennent la dualité diathésique. Mais n'anticipons point sur le chapitre réservé à l'étude de la nature et des complications de la scrofule. Ajoutons seulemcnt que les travaux les plus récents sur le sujet de Cornil (2), de Brissaud, de Grancher ne font que rendre la question de plus en plus difficile à éclaircir. Nous espérons cependant montrer que les derniers travaux d'histologie et surtout d'expérimentation sont favorables à l'entité scrofulose dont la clinique démontre l'évidence et la réalité.

CHAPITRE II.

ETUDE CLINIQUE DES LÉSIONS SCROFULEUSES.

Ce chapitre a pour but de déterminer les caractères cliniques des lésions scrofuleuses. Nous ne pourrons que donner un rapide aperçu des diverses manifestations diathésiques, car chaque espèce mériterait à elle seule une description aussi longue que notre travail, nous réservant d'insister plus particulièrement sur les lésions dont nous avons pu rapporter un type. En effet, parmi les malades de la clinique chirurgicale, nous avons été frappés du nombre assez considérable d'individus frappés de scrofulose, et nous rapporterons ici les cas les plus propres à prouver la vérité de cette proposition: la scrofulose est une diathèse qui se caractérise par des lésions ayant une tendance à la suppuration et

(1) *Loc. cit.*, p. 10.
(2) Journal d'anatomie et de physiologie de Robin, 1878.

à la destruction, une tendance à la fixité. C'est là le point le plus saillant de l'histoire de cette diathèse, il lui est propre et ne se retrouve avec autant d'évidence dans aucun autre état morbide.

Cette étude commencera par une exposition de la symptomatologie. Nous dirons ensuite quelques mots des formes de la maladie, de ses causes, du diagnostic et du pronostic.

I. — SYMPTOMATOLOGIE.

On a décrit une constitution scrofuleuse, on a dépeint l'*habitus* extérieur des scrofuleux. Mais nous avouons que la lecture des divers auteurs, sur ce sujet, nous a singulièrement prévenu contre la valeur des signes attribués aux individus qui rentreraient dans ce groupe. Les choses les plus contradictoires ont été écrites. Le crâne serait volumineux, la face petite, la physionomie intelligente et fine, d'autres fois stupide et sans vie, le cou serait grêle, le thorax aplati, la colonne spinale déformée, l'abdomen volumineux et saillant, les membres disproportionnés. La peau rosée ou pâle, les muqueuses rouges et saignantes. La circulation, la respiration, la digestion, la nutrition, en un mot, seraient lentes. Quelquefois d'une intelligence vive, le plus souvent paresseux et languissant, tel serait à peu près le scrofuleux.

Nous n'insisterons point. On ne trouve jamais toutes ces qualités réunies chez le même individu. Un mot seulement encore sur les signes du tempérament lymphatique qui est, en somme, propre à la scrofule. On a l'habitude de la supposer chez les individus blonds, aux lèvres un peu épaisses, au teint pâle ou rosé. Mais il ne faut pas se fier aux apparences. La scrofule frappe aussi les individus bruns, à la complexion vigoureuse. Nous avons même remarqué que, chez eux, si les manifestations de la diathèse sont plus tardives, elles n'en sont que plus graves.

Quoi qu'il en soit de cette période prémonitoire, lorsque la scrofule

est confirmée, on peut, avec Bazin (1), grouper ses productions en quatre périodes.

1° *Première période (scrofule primitive).* — Caractérisée par les scrofulides cutanées et muqueuses bénignes, par des adénites peu profondes, pas de petits abcès.

2° *Deuxième période (scrofule secondaire).* — Dans laquelle nous trouvons des scrofulides cutanées et muqueuses plus graves, des adénites, des abcès plus profonds.

3° *Troisième période (scrofule tertiaire).* — Les os, les articulations sont les parties atteintes.

4° *Quatrième période (scrofule quaternaire ou viscérale).* — Les lésions plus graves et plus profondes se développent sur les viscères.

Reprenons chacune de ces divisions et montrons que dans toutes nous retrouvons le même caractère de fixité, la même tendance à la suppuration, à la destruction.

§ I. — Scrofule primaire.

Les scrofulides cutanées bénignes en sont les premières productions. C'est à Bazin que revient l'honneur d'en avoir établi l'existence, de les avoir coordonnées et rangées dans le domaine de la scrofule. Les maladies cutanées ont, en effet, longtemps été décrites isolément. L'école de Willan a surtout contribué à faire considérer distinctement chaque forme anatomique des lésions cutanées. Milcent et Lebert sont les auteurs qui ont le plus réagi contre cette manière de voir, et ils sont les dignes prédécesseurs de Bazin. Hardy n'admet point les scrofulides bénignes; nous ne partageons point l'opinion de cet auteur, et avec Bazin nous distinguerons trois espèces de scrofulides bénignes: *érythémateuses, exsudatives, boutonneuses.*

Aux premières appartiennent les engelures (érythème *pernio*),

(1) *Loc. cit.*, pag. 95.

l'*érythème induré* avec ses plaques rouges indurées, la couperose qui siège surtout à la face.

Les engelures sont en particulier très communes. Elles peuvent s'ulcérer et persister continuellement. Sont-elles bien de nature scrofuleuse? La réponse est dans l'observation suivante, où on voit des engelures se transformer sur place en scrofulides malignes, ce qui ruine complètement l'opinion de Hardy.

Observation I.

Scrofulide maligne érythémateuse. — Lupus érythémateux né de la transformation, *in situ*, d'engelures devenues permanentes.

(Empruntée à Bazin, leçons sur la scrofule, p. 522).

Michelin (Pauline), 32 ans, domestique, née à Vieux-Chateau (Côte-d'Or), entre dans le service le 29 décembre 1856.

Cette jeune femme est douée d'un embonpoint remarquable pour son âge; elle a eu des gourmes dans l'enfance, qui ont disparu sans traitement. Puis elle s'est bien portée jusqu'à l'âge de 24 ans, où elle a commencé à voir paraître sur le dos des mains, sur le nez et les joues des engelures qui d'abord ne se sont montrées que pendant l'hiver, ces engelures disparaissaient en été ne laissant aucune trace de leur passage. Au bout de quelques années, elle sont devenues persistantes. De nouvelles taches rouges se sont montrées sur la face et sur le cuir chevelu.

Etat actuel. — Des taches de dimensions variables, d'une pièce de 20 cent. à une pièce de 5 francs, existent sur le nez, les joues, le front, le cuir chevelu, le dos des mains et des doigts. Quelques-unes, les plus récentes, sont petites, lenticulaires, rouges, chaudes, légèrement saillantes et quelque peu indurées, elles siègent sur les joues, le front

et le dos des mains ; elles sont comme érysipélateuses et disparaissent momentanément sous la pression du doigt.

Sur le cuir chevelu se remarquent trois larges taches rougeâtres, avec quelques points blancs et cicatriciels qui tranchent sur le fond rouge de la plaque. Ces taches sont complètement dénudées; aucun cheveu ne s'observe à leur surface.

Une large plaque couvre le dos du nez, elle est rouge à la circonférence et couverte de quelques débris épidermiques, mais son centre ressemble à une cicatrice de brulûre au 3^{me} degré.

Au reste, toutes ces taches sont à peu près indolentes ; parfois cependant la malade y éprouve un sentiment de chaleur et de brûlure, mais cette sensation douloureuse est surtout le résultat des applications caustiques que l'on fait périodiquement à leur surface.

La santé générale est fort bonne: digestions faciles, pas de diarrhée, état normal du pouls et de la respiration.

Traitement. — Tisane de houblon, huile de morue que la malade prend avec répugnance et fort irrégulièrement; sirop d'iodure de fer, bains sulfureux, applications de caustiques divers, teinture caustique d'iode, huile d'acajou, huile de croton, huile de cade, etc.

Ce traitement est suivi pendant deux ans, et n'apporte que de très légères modifications à l'état du mal. La malade sort du service le 29 décembre 1858.

Les scrofulides exsudatives ont pour élément primitif une vésicule remplie d'un liquide séreux ou séro-purulent ou purulent même: les croûtes de lait des jeunes enfants, les pseudo-teignes, les gourmes sont dans ce groupe.

Dans les *scrofulides boutonneuses* nous trouvons des affections essentiellement papuleuses: *strophulus, prurigo, lichen:* des affections papulo-érythémateuses, comme *l'erythema papulatum* caractérisé par une rougeur persistante et diffuse siégeant ordinairement sur le dos des mains et des joues ; enfin, des affections papulo-pustuleuses comme *l'acné*.

Toutes ces lésions ont toujours pour caractère la persistance, la ténacité ; elles sont ordinairement sans douleur, sans démangeaisons ; c'est une inflammation torpide ; il suffit d'interroger la clinique et les faits pour voir combien est vrai ce que nous avançons.

Les *muqueuses* sont aussi intéressées dans la scrofule primaire. Leurs altérations peuvent être éruptives ou non. Les premières sont d'un diagnostic assez difficile : la conjonctive oculaire nous en offre l'exemple le plus commun sous le nom de *conjonctivite phlycténulaire*, pustuleuse, conjonctivite et kératite *scrofuleuses pures* de Sichel.

Les scrofulides muqueuses ou catarrhales, comme les appelle Bazin, non éruptives, sont bien plus nombreuses. Elles donnent lieu à des inflammations pouvant débuter par l'état aigu, mais prenant vite une marche chronique très lente et aggravante. La conjonctive est la muqueuse la plus communément frappée. Ses altérations peuvent rester superficielles, mais elles peuvent aussi s'étendre à la cornée, à l'iris et occasionner des désordres anatomo-pathologiques très sérieux, qui laisseront pour toute la vie des traces indélébiles.

Les coryza, les otites externes scrofuleuses viennent en seconde ligne et peuvent conduire à la production de polypes. Nous devons signaler aussi les angines scrofuleuses donnant lieu à des amygdalites à répétition, à des inflammations du voile du palais et conséquemment de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne ; les inflammations scrofuleuses des organes génitaux-urinaires se traduisant chez l'homme par des balanites, des blennorrhées, et chez les femmes par des vulvites, des flueurs blanches qui s'installent en silence et persistent indéfiniment.

Les deux observations qui suivent sont bien propres à montrer la ténacité de ces altérations muqueuses.

Observation II.

Ophthalmie scrofuleuse.

Marie Tourre, 19 ans, repasseuse, née à Perpignan, entre le 13 décembre 1882, et occupe le n° 9, salle Notre-Dame.

Jeune, elle a eu la teigne; elle présente des cicatrices au cou, a eu des écoulements d'oreille. Réglée à 15 ans, la menstruation est facile. C'est une personne au teint pâle et bouffie, aux lèvres épaisses, jamais malade d'ailleurs.

Elle souffre des yeux depuis cinq mois sans cause appréciable. A son arrivée, les yeux sont rouges, laissent écouler du muco-pus.

L'œil gauche a été le premier malade. La conjonctive de ce côté est rouge; ses papilles sont hypertrophiées et saillantes, mais pas de granulations vraies. La cornée est opaque, dépolie. C'est même la lésion de cette cornée qui aggrave la situation de la malade, car elle n'y voit pas du tout de cet œil.

L'œil droit n'est devenu malade que deux mois après. La conjonctive présente le même état que celle de l'autre œil; la cornée est un peu grisâtre, la malade y voit encore un peu, mais pas assez pour se conduire; comme signes fonctionnels: photophobie, sensation de graviers dans les yeux.

Le traitement institué fut: localement, installation d'une solution d'atropine tous les matins. Trois fois par jour, application d'eau chaude, bandeau noir.

Le traitement général visa à relever les forces de la malade; douches froides trois fois par semaine; bains sulfureux, deux fois par semaine. Huile de foie de morue, matin et soir.

Tout le mois de décembre fut ainsi occupé.

Le 8 janvier, il y a une amélioration sensible: la malade a repris des couleurs, l'inflammation conjonctivale a bien diminué, plus de

photophobie, les cornées ont une surface plus polie. La malade peut se conduire avec l'œil droit.

Le jeudi, 11 janvier, l'inflammation conjonctivale ayant cessé, on pratique la tonsure de la cornée sur les deux yeux pour dissiper l'opacité cornéenne.

Occlusion, eau chaude trois par jour ; atropine en instillation.

Le 15, on cesse l'occlusion. Amélioration.

Le 20, la cornée droite s'est surtout éclaircie, la vision est beaucoup plus nette.

Observation III.

Otite externe suppurante.

Charlot, 20 ans, soldat au 2e Génie, né à Fontainebleau, lithographe, entre le 3 novembre 1882 au nº 36 de la salle Lallemand.

D'un tempérament lymphatique, c'est un jeune homme blond, pâle, qui a présenté dans sa jeunesse tous les antécédents scrofuleux habituels à cet âge; croûtes dans les cheveux, ganglions sous-maxillaires engorgés. Il présente autour du nombril une cicatrice assez large provenant d'un abcès quelconque.

Son oreille droite coule depuis un mois ; il en sort des matières purulentes, jaunâtres, pas de perforation du tympan. Il entend avec l'oreille malade.

Traitement général.—Huile de foie de morue, pilules d'iodure de fer.

Traitement local.—Celui-ci a varié, car les moyens employés n'amenaient que peu d'amélioration. On a essayé tour à tour des lavages avec des solutions de chloral, d'alun, d'acide phénique. Au commencement du mois de décembre, on a pratiqué des insufflations de poudre d'iodoforme qui amenèrent la guérison.

Le 1er janvier, le malade est guéri ; le 11, il part en convalescence.

Pour poser le diagnostic d'une inflammation muqueuse bénigne dépendant de la scrofule, on doit bien certainement s'adresser aux antécédents du malade, à son tempérament, à la marche de la maladie. Ces altérations, en effet, n'ont rien de spécifique au point de vue anatomique. L'œuvre du médecin est de reconnaître un fonds morbide variable sous des manifestations souvent identiques.

Nous avons placé ici notre observation d'ophthalmie scrofuleuse, mais en réalité elle ne mérite point d'être placée parmi les productions bénignes de la scrofule, car elle laissera des traces durables à cette jeune malade. Elle nous sert, toutefois, à montrer la chronicité des scrofulides muqueuses qui, sous ce rapport, ne le cèdent en rien aux scrofulides cutanées.

En dehors de ces modifications tégumentaires, la scrofulide primaire peut aussi provoquer des *adénites superficielles*, des abcès peu profonds. Les premières peuvent se borner à l'hypertrophie déformant la région où elles siègent, elles peuvent aussi s'ulcérer, suppurer, servant ainsi de transition pour passer des accidents primaires aux accidents secondaires.

Nous aurons l'occasion, en traitant de la nature de la maladie, de revenir sur les travaux de Cornil, 1878, touchant l'histologie des ganglions strumeux.

§ II. — Scrofule secondaire.

Les lésions de cette période sont beaucoup plus nettes, aussi si la scrofule primitive a été contestée, elle a été admise par tous les auteurs à cette époque plus avancée.

Tous les phénomènes que nous avons étudiés dans le chapitre précédent s'accentuent et nous trouvons encore des *scrofulides cutanées et muqueuses*, des *inflammations du système lymphathique*, des *abcès*, toutes ces lésions se sont aggravées, sont devenues malignes.

a. *Scrofulides cutanées malignes.* — Hardy n'admet absolument que

cette variété de scrofulides. Nous ne pouvons entrer dans des discussions sur les raisons qui le font agir ainsi. Ne cherchant, en effet, qu'à établir d'une façon incontestable la tendance destructive de toutes les lésions scrofuleuses, nous nous contenterons de passer en revue les scrofulides malignes, d'après la classification de Bazin, et il nous sera facile de montrer que ce caractère ne manque à aucune des variétés admises par cet auteur: *Erythémateuses, tuberculeuses, crustacéo-ulcéreuses.*

1° Les premières semblent à première vue faire exception à l'idée que nous avançons. Il n'en est rien: dans ce que Cazenave et les Allemands appellent *Lupus érythémateux* (1), sous cette rougeur superficielle de la peau, se cache un travail de désorganisation qui devient incontestable lorsque la lésion est à la fin de son évolution; on voit alors les parties superficielles de la peau se déprimer pour s'accoler aux parties plus profondes, le derme ayant été détruit.

Le *lupus acnéique*, *herpès crétacé* de Devergie, laisse aussi à sa suite des dépressions semi-circulaires cicatricielles.

2° Les *scrofulides tuberculeuses* sont les plus propres à prouver la vérité de la proposition que nous voulons démontrer. C'est ici que se place le *lupus vulgaire*, tel qu'on le comprend depuis les travaux de Willan et de Bateman. M. Hardy repousse la dénomination de lupus. Nous la conserverons, car elle est entrée dans le langage usuel de la clinique, la réservant aux lésions tuberculeuses de la peau dépendant toujours de la scrofule. Avec Besmer, Doyon, Vidal, nous n'admettons point de lupus dépendant d'autres diathèses. On a beaucoup écrit pour prouver que le lupus était une tuberculose locale de la peau. Nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre suivant. Pour le moment, il suffit de rappeler l'histoire clinique du lupus pour mettre en évidence ces tendances destructives. Les nodosités qui, au début, infiltrent l'épaisseur du derme (lupus turgescent) ne tardent pas à tomber en

(1) Voir Moritz Kaposi: *Leçons sur les maladies de la peau.* Trad. par Besnier et Doyon, t. II, pag. 236.

régression (lupus exfoliatif ou à s'ulcérer, lupus ulcéreux). Le mal va lentement, sans douleur, mais il avance toujours suivant des modalités diverses qui lui ont valu les qualificatifs de : *Lupus ulcéreux*, *profond*, *perforant*, *térébrant*, *vorax*, *phagédénique*. « Les degrés divers du trouble apporté à la circulation sanguine et lymphatique des parties envahies et l'irritation trophique du substratum conjonctif produisent des variétés qui relèvent à la fois du volume des éléments lupeux, de leur mode évolutif et des altérations périphériques : Lupus *œdémateux*, *hypertrophique*, *élephantiasique* (face : *leontiasis*, vulve, membres inférieurs)» (Besnier et Doyon). Mais toujours l'atrophie est le dernier terme du processus.

La *scrofulide tuberculeuse inflammatoire* de Bazin, le *molluscum* qui est constitué par de petites tumeurs présentant au centre une matière caséeuse et du véritable pus, suivent aussi la même loi.

Les *scrofulides malignes crustacéo-ulcéreuses* ont les mêmes caractères; par quelques éléments qu'elles débutent, qu'il s'agisse d'une *vésicule eczémateuse* (forme eczémateuse du lupus), *d'une pustule* (forme impétigineuse), d'une *papulo-pustule*, d'une *bulle de Rupia*, d'un groupe de *pustules ecthymatiques* ou de *petites bulles*, d'un *tubercule cutané simple* ou *fibro-plastique*, isolé ou par groupes.

Bazin réserve la dénomination de *lupus* pour la scrofulide à tubercule fibro-plastique, mais nous ne voyons point nettement la différence qui sépare cette scrofulide de la scrofulide tuberculeuse du second groupe.

Telles sont les diverses lésions cutanées de la scrofule secondaire. Rapportons ici deux observations rentrant dans cette période. Nous aborderons ensuite les lésions des muqueuses.

Observation III.

Lupus de la face (Scrofulide tuberculeuse).

Albert Jean, né à Belle-Fontaine (Jura), terrassier, 36 ans, entre le 9 décembre 1882 au n° 42 de la salle Saint-Éloi.

Le nez est le siége d'une ulcération couverte de croûtes qui a déjà complètement détruit le lobule du nez. Il ne reste qu'une petite portion des ailes. A la périphérie, rougeur diffuse. On ne voit point de saillies tuberculeuses.

Albert est d'un tempérament plutôt sanguin que lymphatique ; il est brun et d'une complexion anatomique assez vigoureuse.

Nous ne trouvons rien du côté de l'hérédité.

Antécédents pathologiques. — Dans son enfance, il a présenté des croûtes dans les cheveux, des ganglions sous-maxillaires engorgés, du mal aux yeux, des écoulements d'oreille. En 1867, blennorrhagie, pas de syphilis.

La lésion actuelle a débuté en 1878. Ce fut d'abord un petit bouton surmonté d'une croûte qu'il enleva avec les ongles. La petite ulcération ne tarda pas à s'élargir, et un mois après il y avait une ulcération aussi grande que celle que nous voyons aujourd'hui.

Il séjourne du mois d'août 1881 au mois de mai 1882 à l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon. Le traitement fut purement interne. Le mal ne fit qu'augmenter.

On prescrit le 9 des applications d'une solution concentrée de chlorate de potasse, à l'intérieur 3 cuillerées d'huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer une cuillerée.

Le 13 décembre, on pratique des scarifications avec la pointe d'un bistouri, les scarifications dépassent un peu les surfaces ulcérées. En même temps application locale de pommade soufrée.

Le 15, on répète les scarifications.

Le 16, pommade avec: Teinture d'iode 1 gramme; iodure de potassium 2 grammes; teinture de benjoin 2 grammes; vaséline 30 grammes.

Les scarifications amènent une amélioration sensible; elles sont répétées tous les deux ou trois jours. A la neuvième scarification qui

a lieu le 11 janvier 1883, la lésion est complètement modifiée. On n'a pas obtenu la guérison, mais on est en droit de l'espérer.

Le traitement général est toujours continué.

Observation IV.

Scrofulides crustacées-ulcéreuses sur le thorax.

Louis Martin, 12 ans, de Montpellier, entre le 9 octobre 1882 au n° 9, salle Saint-Eloi.

Enfant pâle, lymphatique, a eu des croûtes dans les cheveux quand il était jeune, des engorgements des ganglions du cou. Il vient à l'hôpital pour deux ulcérations siégeant sur la poitrine au niveau du sternum. On voit deux croûtes jaunes et épaisses. En les pressant, on fait sourdre du pus à la périphérie. Elles sont peu adhérentes, on les enlève facilement en les soulevant avec des pinces. Au-dessous on trouve une grosse papule rouge et saignante, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Tout autour rougeur diffuse. Pas de douleurs, pas de démangeaisons.

Il y a deux ans, le petit malade eut une éruption de boutons sur la poitrine: il ne sait nous en caractériser la forme. Quoi qu'il en soit, l'éruption guérit, mais deux boutons ont continué à grandir et ont pris les dimensions actuelles.

Le 10, M. Tédenat cautérise ces papules avec le crayon au nitrate d'argent et on applique immédiatement dessus une plaque de zinc. La surface ulcérée se recouvre d'un dépôt noirâtre.

Le 15, la papule s'est un peu ratatinée. M. Dubrueil reprend le service.

Le 23, on se demande s'il ne s'agit point d'un accident de la syphilis héréditaire; on prescrit une demi-cuillerée de sirop de Boutigny.

Le 25 novembre, deux petits emplâtres de Vigo sur chacune des papules.

Le 26, cuillerées entières de sirop de Gibert; cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; malgré ce traitement, la lésion persiste.

En novembre, M. Roustan pratique trois scarifications linéaires de l'ulcération; application dans la journée de pommade à l'iodoforme. Amélioration.

En décembre, on pratique encore deux scarifications; mais comme les croûtes se reforment vite, on applique constamment des cataplasmes. On touche tous les jours avec le crayon au nitrate d'argent.

Malgré cela, les bourgeons font toujours saillie; on applique alors de la poudre d'alun.

Le 18 janvier, scarification linéaire, puis poudre d'alun. La lésion semble en voie de guérison.

b. *Scrofulides malignes des muqueuses.* — Celles-ci peuvent être atteintes par propagation d'affections cutanées ou bien d'emblée. Dans le premier cas, on voit la fonte purulente de la cornée; un lupus du nez peut détruire la cloison nasale, la voûte palatine, etc. Les exemples sont malheureusement trop nombreux. Dans le second cas, les gencives peuvent être frappées de lupus ainsi que le pharynx. La scrofulide maligne de cet organe a été bien étudiée par Hamilton, Desnos, Bazin et surtout par Homolle. Elle peut revêtir des formes variées et analogues à celles que l'on trouve sur le tégument externe. Toutes les parties atteintes sont détruites sans que la moindre douleur éveille l'attention du malade de ce côté (1). Dans la langue aussi on peut trouver des tubercules ulcérés.

Enfin, Huguier en 1849 a montré (2) que la scrofulide maligne de

(1) Voy. Grancher, art. cité, p. 333.

(2) Voy. art. *Esthiomène* du Dict. encycl.

la muqueuse génitale externe de la femme, maladie hideuse, amenée surtout par l'absence des soins de propreté, est le plus souvent un véritable lupus (Grancher).

c. *Inflammations du système lymphatique. — Écrouelles.* — Elles représentent les lésions typiques de la scrofule. Les ganglions d'abord indurés, surtout dans la région cervicale, subissent une transformation caséeuse (*Ecrouelles ganglionnaires*), puis la peau s'enflamme, s'ulcère et s'ouvre laissant sortir un pus grisâtre, mal lié. Le tissu cellulaire voisin s'enflamme aussi et il en résulte des suppurations sans fin. Les gangliites peuvent se propager d'un ganglion à l'autre et donner naissance à des suppurations ganglionnaires dans les cavités splanchniques.

Le réseau lymphatique peut aussi être intéressé indépendamment des ganglions, et on a l'*Erysipèle scrofuleux* bien décrit par Bourbon (1).

d. *Abcès. — Écrouelles cellulaires. — Gommes scrofuleuses.* — Le tissu cellulaire peut être le siège d'une induration du volume d'un gros pois. Cette nodosité présente le même aspect qu'un ganglion enflammé. Elle se conduit de même, s'ouvre, suppure et mérite ainsi le nom d'écrouelle celluleuse. D'autres fois, la nodosité est plus volumineuse; quant elle s'est ulcérée et qu'elle s'est ouverte, la peau est décollée sur une certaine étendue; les petites tumeurs représentent alors la gomme scrofuleuse de Besnier.

Dans la scrofule secondaire, on peut aussi rencontrer des abcès froids sur toutes les parties du corps. Ces abcès peuvent assez souvent être tuberculeux. M. Lannelongue, dans un travail paru en 1880, a avancé

(1) Th. de Lyon, 1872.

que ces abcès scrofuleux étaient toujours tuberculeux. Cette opinion était fondée sur des recherches histologiques, dont nous examinerons plus loin la valeur.

Ces dernières affections sont déjà fort graves; elles peuvent servir de transition pour arriver à la troisième période de la scrofule.

§ III. — Scrofule tertiaire. — Lésions des os. — Abcès ossifluents — Tumeurs blanches.

Les os sont fréquemment atteints dans la scrofule, surtout les os longs, qui sont frappés d'ostéites qui ne tardent pas à passer à l'état chronique et à prendre toutes les formes de la carie. Sous l'influence du froid, d'un traumatisme léger, quelquefois sans cause apparente, le malade éprouve des douleurs sourdes dans un os, la peau rougit, s'ulcère sur un point ; une fistule se forme et il s'écoule un pus sanieux et grisâtre. Le stylet donne la sensation de l'os atteint de carie, quelquefois, mais rarement, on trouve de petits séquestres. « La terminaison rapide de l'ostéite par suppuration, la prompte formation des ulcères fistuleux, les qualités particulières du produit éliminé par les fistules, produit qui est un pus séreux ou sanieux, abondant, contenant parfois des fragments de tubercules, de petits séquestres dont les aréoles agrandies sont remplies de graisse ou de pus concret, l'absence ordinaire de douleurs ostéocopes.... Tels sont les caractères principaux de l'ostéite scrofuleuse. » (Bazin, p. 396.) Le professeur de St-Louis nous paraît aller trop loin lorsqu'il prétend qu'on trouve des tubercules dans la carie scrofuleuse. Dans cette dernière, l'os est infiltré d'un pus de mauvaise nature, mais il n'y a point de produits nouveaux. La carie tuberculeuse a son existence propre (1), elle peut survenir chez un scrofuleux, mais elle ne perd point ses carac-

(1) L. Boyer, Anat. path. du tissu osseux, th. de Montpellier, 1833, p. 53.

tères. La carie n'est point en effet une lésion toujours identique comme le veulent Ranvier et Ollier: dégénérescence graisseuse des cellules osseuses, puis ostéite éliminatrice; ou bien comme le veut le chirurgien de Lyon: inflammation puis régression graisseuse. La diathèse commande la nature de la carie, il y a des caries scrofuleuses, tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques (1).

Sous l'influence de la scrofule, les os, les doigts en particulier, peuvent se gonfler, prendre un aspect fusiforme. La paroi osseuse amincie donne la sensation du parchemin ; cette mince paroi finit par s'ouvrir, d'où fistule et suppuration: c'est le *spina ventosa*.

Nous rapportons ici des observations de carie scrofuleuse.

Observation V.

Carie du péroné gauche.

Alphonse Bernard, charron, habitant Rivesaltes, âgé de 36 ans, entre le 4 août 1882 au N° 9 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital Saint-Éloi.

Maladies antérieures: diarrhées fréquentes; pas de maladies vénériennes; complexion faible, teint pâle. La longue suppuration de la jambe l'a affaibli.

En 1866, il s'était blessé le péroné ganche avec une roue en fer. Il y avait eu de l'inflammation, quelques fragments d'os étaient sortis. mais enfin la guérison s'obtint.

Le 12 juillet 1882, dans la nuit, la jambe gauche se tuméfie. S'était-i donné un coup? S'était-il refroidi ? Il ne le sait. Le 20 juillet, un médecin lui fait une incision au niveau du péroné, il en sort un pus grisâtre et fétide.

(2) Cours professé à la Faculté en 1881-1882 par M. Boyer

A son entrée à Saint-Éloi, on constate à la partie externe de la jambe gauche un trajet fistuleux qui permet d'arriver sur un péroné dénudé sur une grande étendue. Pansement phéniqué.

Le 6 août, le malade souffrant, depuis que son mal de jambe était venu, d'une fissure à l'anus, est endormi. M. Dubrueil pratique la dilatation brusque de l'anus avec le spéculum de Cusco. Le malade est définitivement guéri de sa fissure.

Quant à la jambe, on l'opère le 28 août (M. Tédenat). Les téguments sont incisés sur une étendue de 16 centimètres. On écarte les muscles en les détachant de l'os. Avec une rugine, on sépare le périoste de l'os, puis avec une scie à chaîne on résèque 12 centimètres d'os. Une petite artère qui donne est liée au catgut. Pansement de Lister: iodoforme sur la ligne d'incision.

La surface de l'os enlevé est rongée par la carie.

On le panse tous les quatre ou cinq jours; peu de pus, pas de douleur: la réunion immédiate est à peu près obtenue.

Le 7 octobre, encore un peu de pus sanieux sortant du sommet d'un bourgeon charnu. Injection de la solution forte de Lister.

Le 11, encore un peu de pus.

Le 15, plus de pus. Les trajets fistuleux sont comblés par les bourgeons charnus.

Le 17, cautérisation des bourgeons au nitrate d'argent. Sortant.

Observation VI.

Carie des os du pied gauche.

Marie Victorine, 23 ans, domestique, née en Savoie, entre le 17 novembre 1882 au n° 23 de la salle Notre-Dame.

C'est une jeune fille frêle, à la figure pâle; son père est mort de la poitrine, sa mère se porte bien.

Elle a été réglée à 15 ans, et depuis la menstruation est régulière

et facile. Elle s'enrhume facilement, a un peu de goître. Pas d'autres maladies à signaler. Le mal au pied a commencé il y a un an. C'est surtout le cuboïde gauche qui est intéressé; à ce niveau, on voit un orifice sur un petit tubercule rosé. Par cet orifice, sort du pus mélangé à de petits débris osseux. En introduisant le stylet, on sent qu'il y a des portions nécrosées, d'autres portions cariées. Cette lésion commença à se manifester par un petit bouton qu'elle écorcha, apparut ensuite la petite fistule qui ne s'est point tarie depuis.

Traitement général.—Huile de foie de morue. Pilules d'iodure de fer.

Localement, on introduit tous les jours dans la fistule un stylet cannelé chargé de nitrate d'argent. Mais comme la lésion ne s'améliore pas, on se décide à extraire les portions d'os malades.

L'opération est faite le 30 décembre. Incision cruciale ayant pour centre l'ouverture de la fistule. On relève les petits lambeaux: avec des curettes de Volkman et de forts daviers on enlève toutes les parties malades. Drains dans la cavité. Pansement de Lister. Quelques jours avant et dans ceux qui suivent l'opération, M. Roustan donne à l'intérieur une potion avec 10 gouttes d'acide phénique.

Le 31, on fait le premier pansement. Pas de fièvre.

On renouvelle les pansements le 3 janvier, puis le 7, le 10. La plaie va bien, les bourgeons commencent à monter.

Ces altérations peuvent siéger sur des os profonds. Le pus qui en résulte vient ensuite apparaître sous la peau, donnant ainsi lieu à des abcès ossifluents, à des abcès par congestion, en particulier dans le mal de Pott qui peut être de nature scrofuleuse. Ces abcès appartiennent au groupe des abcès froids; ils évoluent lentement, et quant ils s'ouvrent ils laissent écouler un pus sanieux et fétide. Il est facile de distinguer chez eux la membrane pyogénique de Delpech. C'est sur elle et dans ses cryptes que Lannelongue a trouvé des tubercules. Enfin, ces abcès peuvent se former autour des articulations atteintes de tumeurs blanches, ils prennent alors le nom d'abcès péri-articulaires.

Les tumeurs blanches articulaires seraient une des manifestations les plus fréquentes de la scrofule. Nous l'admettons. Pas n'est besoin d'avoir suivi longtemps les hôpitaux pour reconnaître la vérité de cette proposition. Mais ici se place la question de savoir si l'on peut distinguer les arthropathies rhumatismales des arthropathies scrofuleuses. Bazin est formel: « Je n'admets pas, dit-il (page 349), les tumeurs blanches de nature rhumatismale ou dartreuse. Je ne vois, dans ces affections, que des manifestations locales de la scrofule, éveillées par des causes mécaniques ou par le rhumatisme articulaire. » Plus loin encore (page 365): « Suivant moi, l'ostéite articulaire suppurative ou tuberculeuse, les dégénérescences fongueuses, lardacées, ne sont jamais le produit de la *diathèse* rhumatismale ou goutteuse, mais sont toujours le produit exclusif de la diathèse scrofuleuse. » Ce langage nous paraît beaucoup trop absolu. M. Bazin n'admet pas les tumeurs blanches rhumatismales, se trouvant en cela en désaccord avec le plus grand nombre des auteurs. Il ne veut point non plus que pour poser le diagnostic de la nature de la maladie articulaire, on attribue une importance majeure aux antécédents du malade, à leur constitution.

Nous sommes complètement d'un avis opposé. Nous estimons que l'examen d'une arthropathie en elle-même ne donne que des notions vagues et sans précision. Sans tenir compte des antécédents, dans la constitution des malades, il est impossible d'affirmer la nature de l'affection. On dit bien que les tumeurs blanches scrofuleuses débutent par les os, tandis que les mêmes lésions dépendant du rhumatisme commencent par les parties molles. Mais cette distinction est difficile à faire au début, impossible quand la maladie est à sa période d'état. « Nous croyons donc qu'à cet égard il faut examiner avec soin les antécédents du malade et rechercher s'il ne présente pas des signes évidents de rhumatisme ou de scrofule (1). » (Jamain et Terrier.)

(1) Concurremment avec les arthropathies, on a décrit aussi des synovites fongueuses.

Localement, le processus anatomo-pathologique est caractérisé par une infiltration de pus de mauvaise nature. On ne trouve point nécessairement des tubercules dans les arthropathies scrofuleuses. Sans doute, on en trouve fréquemment, car la scrofule conduit à la tuberculose. Ces diathèses peuvent se compliquer, mais ne se substituent pas l'une à l'autre.

C'est en nous appuyant sur ces principes que nous avons cru pouvoir affirmer la nature scrofuleuse de la tumeur blanche qui fait le sujet de l'observation suivante.

Observation VII.

Tumeur blanche du genou gauche.

F. Darlay, propriétaire, 25 ans, du Pouget près Gignac, entre le 3 novembre 1882 au n° 36 de la salle Saint-Eloi.

C'est un individu grand, très brun, ayant des apparences d'une grande vigueur et nullement celles du lymphatisme qui, cependant, fait le fonds de son tempérament.

Il nous raconte, en effet, que son père a présenté des suppurations prolongées des ganglions cervicaux. Lui-même, dès son jeune âge, a eu des croûtes sur la tête. Les glandes du cou se sont souvent enflammées. Les ganglions sous-maxillaires sont encore tuméfiés et durs. Il y a trois ans, un ganglion de cette région s'est ouvert et a suppuré longtemps. On en voit les cicatrices.

Les antécédents scrofuleux sont donc des plus nets. En dehors de ceux-ci, à 15 ans, il a eu une fièvre muqueuse. Quelque temps après cette maladie, il fut atteint de chorée pendant deux mois.

Sa jambe est malade depuis neuf ans. La maladie débuta par une sensation de fatigue dans la jambe et plus particulièrement dans l'articulation du genou. Celui-ci ne tarda pas à se gonfler sans bien grandes

douleurs. On lui appliqua des sangsues, puis des vésicatoires, des pointes de feu. Rien n'y a fait. Il est vrai qu'on l'a toujours laissé marcher.

Aujourd'hui le genou est tuméfié, un peu de fausse fluctuation à la palpation ; la jambe est dans la demi-flexion.

Le 8 novembre, pointes de feu. Compresses enduites d'onguent mercuriel, belladone. Appareil silicaté.

A l'intérieur, huile de foie de morue. Pilules d'iodure de fer.

Il garde le premier appareil jusqu'au 13 décembre. A cette époque il souffre beaucoup de son genou. On ouvre l'appareil : les pointes de feu suppurent beaucoup. On change le coton et on remet l'appareil que l'on assujettit avec des bandes de sparadrap. Le genou a diminué.

Le 18 décembre, nouvel appareil qu'il porte encore aujourd'hui 20 janvier.

§ IV. — Scrofule quaternaire ou scrofule viscérale.

Nous abordons ici le point le plus délicat de l'histoire de la scrofule. Si nous consultons Bazin, nous voyons que toutes les lésions qu'il décrit sont de nature tuberculeuse. Il donne même la présence du tubercule comme caractéristique de l'inflammation scrofuleuse. Partant de ce principe, il admet: 1° l'engorgement scrofuleux des mamelles, 2° des testicules; 3° la périsplanchnite scrofuleuse qui n'est autre que la granulie; 4° la méningite scrofuleuse; 5° les tubercules de l'encéphale; 6° la péritonite scrofuleuse; 7° la pleurésie scrofuleuse; 8° la dégénérescence graisseuse du foie; 9° la néphrite albumineuse; 10° le catarrhe scrofuleux des bronches; 11° la phthisie scrofuleuse; 12° le catarrhe scrofuleux des intestins; 13° le carreau ; 14° l'encéphalopathie scrofuleuse.

De toutes ces altérations, les unes, venues sur un terrain scrofuleux, sont communes à plusieurs états cachectiques: la dégénérescence graisseuse du foie, la néphrite albumineuse sont dans ce cas. Quant aux autres, elles sont dues à la tuberculose. Ce n'est pas à dire que nous

n'admettions pas la scrofule viscérale. Mais avec M. le Professeur L. Boyer, nous estimons que ses manifestations sont plus spéciales, plus semblables à ce que nous avons déjà dit. La tendance à la suppuration, à l'ulcération domine toujours. Une hépatite aiguë par exemple, survenant chez le scrofuleux, prendra l'allure des lésions scrofuleuses: elle sera suivie plus facilement de suppuration, de destruction.

Il est évident d'ailleurs qu'à cette période ultime, où l'économie est frappée d'une déchéance profonde, la tuberculose peut survenir, survient même le plus souvent, venant ajouter son néoplasme aux altérations scrofuleuses, ce qui ne veut point dire que la tuberculose s'est substituée à la scrofulose, mais que la première est venue s'ajouter à la seconde. On nous demandera alors pourquoi la tuberculose ne suit pas son évolution envahissante avec la rapidité ordinaire. La réponse ne peut être absolument formelle. Pour nous, nous croyons que lorsque la tuberculose survient chez un scrofuleux, sa marche clinique est modifiée par la présence de la scrofule. Elle prend souvent à cette dernière quelque chose de sa lenteur, de sa ténacité et de sa fixité, aussi pensons-nous que si la pneumonie caséeuse est tuberculeuse de par l'anatomie pathologique, son tableau clinique affirme sa nature scrofuleuse: c'est le tubercule venant se greffer sur un fond strumeux. Telle est la solution que nous adoptons, car il ne nous paraît pas possible en ce moment d'affirmer le passage à l'état caséeux de certains produits d'inflammations chroniques.

II. — FORMES DE LA MALADIE.

Nous venons de tracer synthétiquement un tableau de la scrofule. Hâtons-nous d'ajouter qu'elle ne se présente point nécessairement avec toutes ses périodes, et cette irrégularité dans l'évolution est encore un caractère que nous ne retrouvons point dans les autres diathèses, la tuberculose et la syphilis en particulier.

Sauvages avait distingué trois formes de scrofules : *Scrofula vulgaris ;*

scrofula fugax; scrofula maligna. Milcent, *loc. cit.* (p. 48), ajoute une nouvelle forme : *la scrofule fixe primitive.*

Enfin, Bazin (*loc. cit.*, p. 104) admet que la scrofule peut être :

1° *Régulière et complète ;* premières manifestations dans l'enfance, accentuation à mesure que l'individu avance en âge, réalisation des scrofules viscérales avec tubercules, ce qui peut arriver dans la vieillesse.

2° *Incomplète* (*vulgaire*), que l'on rencontre le plus souvent : manifestations isolées de la première, de la seconde ou de la troisième période (ostéite, arthrite).

3° *Bénigne,* où l'on ne trouve que quelques accidents de la première période.

4° *Maligne*, dans laquelle toutes les périodes se manifestent avec une intensité insolite et une grande tendance aux tuberculisations locales.

5° *Phagédenique*, présentant une tendance exagérée à l'ulcération.

6° *Fixe primitive*, qui se manifeste par une seule lésion ordinairement grave et persistante (Lupus, tumeur blanche).

7° *Larvée*, qui se cacherait sous les apparences d'une autre phlegmasie, « la diathèse tuberculeuse n'est autre chose qu'une forme larvée de la maladie qui nous occupe. » (Bazin.)

Nous avons rapporté cette dernière forme pour être complet, mais elle nous paraît devoir être d'un diagnostic fort difficile dans la pratique, surtout si la diathèse ne s'est jamais manifestée avant ; la scrofule, en effet, comme toutes les diathèses, peut rester latente un certain temps.

Nous nous sommes efforcé jusqu'à présent de bien déterminer le caractère clinique des manifestations scrofuleuses, nous croyons avoir suffisamment insisté, et pouvoir affirmer l'unité de la scrofulose au point de vue symptomatique.

Un mot maintenant sur l'étiologie, le diagnostic et le pronostic pour compléter cette étude.

III. — ÉTIOLOGIE. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

§ I.—*Etiologie.*— Nous ne nous lancerons point dans une énumération stérile de toutes les causes signalées par les auteurs. La scrofule peut être héréditaire ou acquise.

Dans le premier cas, les parents eux-mêmes sont ordinairement scrofuleux. Mais il est un grand nombre d'autres conditions qui peuvent donner la scrofule à l'enfant : les parents tuberculeux, syphilitiques (Lugol, Astruc), les mariages consanguins, la disproportion d'âge chez les époux, les épileptiques ou aliénés, la conception pendant les règles (Lalouette), ont été tour à tour accusés d'avoir produit des enfants strumeux. La diathèse d'ailleurs peut être transmise à un degré plus ou moins manifeste : l'enfant peut venir au monde avec des écrouelles (Chaussier), mais il peut aussi ne présenter qu'un tempérament lymphatique toute sa vie, où bien il sera atteint d'une des diverses formes de la scrofule.

L'hérédité pourrait être directe ou indirecte comme pour toutes les diathèses.

Quand elle est acquise, on l'attribue généralement à une mauvaise alimentation, au séjour dans un endroit froid et humide, à la privation de la lumière, etc., à toutes les causes qui peuvent étioler l'organisme. La scrofule, en effet, n'est point contagieuse comme le croyaient les anciens, et cette opinion est bonne à être rappelée aujourd'hui que l'on tend à faire de la tuberculose une maladie virulente éminemment contagieuse.

Pour les manifestations locales de la scrofule, les causes résident dans toutes les causes d'irritation : traumatisme, froid, parasites, etc.

§ 2. — *Diagnostic.* — Nous ne pouvons que l'ébaucher. Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent nous dispense d'insister sur le diagnos-

tic de la scrofule, en général, de ses formes, de ses périodes. Pour les scrofulides malignes, il faut reconnaître le genre, l'espèce, la nature, c'est-à-dire voir si ce ne sont point des manifestations herpétiques ou syphilitiques. « Les affections dartreuses ont de la tendance à s'étendre, à se généraliser en d'autres endroits; elles sont accompagnées de cuissons, de chaleur, de démangeaisons... jamais de cicatrices.. tandis que les scrofulides en laissent habituellement.

» Les ulcérations syphilitiques (anciennes, tertiaires surtout) ont une forme plus arrondie, plus régulière; les bords sont taillés à pic et non décollés; le fond présente une pseudo-membrane épaisse, grisâtre; les croûtes sont plus plastiques; elles s'accumulent et présentent l'aspect de certains coquillages; enfin, leur coloration est d'un vert foncé, d'un vert noir et jamais elles ne sont blanches ou noires.

»Les cicatrices elles-mêmes sont brunes, puis blanches, peu profondes; elles ne sont ni déprimées, ni réticulées, ni saillantes, ni kéloïdiennes..... les syphilides ont une marche moins lente que les scrofules (1). » Il faut aussi s'appuyer sur les antécédents, le traitement.

Si l'on voulait poser le diagnostic de toutes les manifestations scrofuleuses, nous serions entraînés à passer en revue les dermatoses, les adénites, les maladies des os et des articulations, les lésions viscérales. Ceci nous entraînerait trop loin. Nous n'ajouterons qu'un mot : si le diagnostic de la scrofule est quelquefois obscur, c'est que cette diathèse peut éprouver des complications qui altèrent le type. Nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre suivant.

§ 3. — *Pronostic.* — La scrofule est une affection grave : ses lésions sont persistantes, rebelles au traitement, laissant souvent, quand elles guérissent, des cicatrices difformes. Toutefois, ce pronostic varie suivant que l'on a affaire à une forme bénigne ou maligne, suivant le siége, suivant la résistance du sujet, suivant les complications. En

(1) Hardy, Scrofulides et syphilides, p. 62.

somme, il est des scrofuleux qui arrivent à un âge fort avancé. James Paget, dans ses leçons cliniques, consacre une des dernières à la scrofule chez le vieillard.

On peut devenir fort vieux avec un lupus. Si la diathèse est héréditaire, la forme transmise n'est pas nécessairement semblable à la forme originelle. Enfin, la lenteur de l'évolution atténue le jugement à porter sur elle. Aussi ce n'est pas sans étonnement que nous avons vu M. Bazin placer la scrofule en tête des diathèses, au point de vue de la gravité *(loc. cit.*, p. 79). Cela ne peut s'expliquer que par l'opinion du savant Professeur qui considère le tubercule comme un produit de la strume. Il n'est pas d'ailleurs besoin d'insister sur la gravité plus grande de la tuberculose. C'est l'affection qui frappe le plus gravement l'humanité, cela se voit à la simple inspection d'une statistique générale, et il nous sera bien permis de la placer au premier rang des diathèses quand il s'agira du pronostic.

C'est même ce degré de nocivité de la tuberculose qui rend la scrofule plus à craindre. On sait en effet que cette dernière prédispose à la première : elle offre un terrain favorable au développement du virus tuberculeux, à tel point que quelques auteurs ont désigné la tuberculose sous le nom de diathèse secondaire, tandis que la scrofulose serait une diathèse initiale (Pidoux), quelques auteurs vont même plus loin : pour arriver au tubercule, il faudrait passer par la scrofule, ce qui, à notre avis, est parfaitement en contradiction avec la clinique et l'expérience de tous les jours.

CHAPITRE III.

COMPLICATIONS — NATURE DE LA SCROFULOSE. — SES RAPPORTS AVEC LA TUBERCULOSE.

Nous avons jusqu'à présent essayé de bien établir le caractère clinique des manifestations scrofuleuses, en nous appuyant sur les idées de M. le professeur L. Boyer. C'était là l'objet principal de notre thèse, et nous espérons l'avoir suffisamment mis en lumière. Un mot maintenant sur les diverses circonstances qui peuvent altérer le type décrit.

I. Complications.— Si l'existence de la scrofulose a été l'objet de discussions sans fin, c'est que l'on n'a pas analysé avec soin les faits mis en avant. La strume peut être sans doute assez violente, assez aiguë chez un individu pour donner naissance à toutes ces lésions graves qui, comme le lupus, les arthrites, les ostéites, etc., ont été la source de tous les débats. Mais souvent ces lésions répondent à une scrofulose compliquée. Les complications sont de diverse nature; tantôt ce sera une diathèse: la tuberculose en première ligne, la syphilis, le cancer, l'herpétisme, le rhumatisme, la goutte. Tantôt une disposition spéciale de la constitution de l'individu, un lymphatisme exagéré, par exemple, aggraveront les manifestations strumeuses. D'autres fois enfin, la scrofulose présentera des affections intenses, parce qu'elle surviendra sur un organe ou un membre déjà malade et dont la constitution interne est modifiée par des causes diverses, le traumatisme par exemple. C'est là ce que nous appellerons une complication locale.

Toutes ces notions sont de la plus grande importance. Nous attirons surtout l'attention sur les combinaisons possibles des diathèses entre elles. Ricord avait parlé du *scrofulate de vérole*. M. Verneuil (*Ann. de*

Dermatologie 1882, pag. 127) revient sur ce point : « J'ai recueilli surtout, dit-il, des observations précises sur l'hybridité scrofulo-syphilitique et syphilo-cancéreuse. La scrofule manifeste diversement son influence.

» Elle attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle affecte elle-même communément, elle y provoque facilement le processus suppuratif, rare dans la syphilis ordinaire. Elle abolit le symptôme douleur, n'aggrave pas la syphilis, rend les manifestations locales plus fixes. Il faut donner les anti-scrofuleux. » Ce sont là des faits de la plus grande importance, qui montrent combien on doit procéder avec méthode pour analyser les cas complexes qui semblent sortir de la loi commune, s'écarter du caractère clinique de la scrofulose que nous avons nettement établi.

Si les lésions strumeuses sont frappées au même cachet, quelle est dont la nature intime de l'affection qui les relie ?

II. Nature.—Pour Hippocrate (*De glandulis*, cap. 3), « *Ex pituitosa et lenta fluxione strumæ generantur.* » Galien (*Comment. ad aph.* Hipp. 3, 26) tient le même langage : « *Non ex calida materia sed ex pituitosiore et frigidiore strumas constare.* » Plus tard, avec Bordeu. Pujol, Kortum, etc., ce fut l'épaisseur, la viscosité, l'acidité de la lymphe, l'acide phosphorique dans la lymphe (Baumes) qui faisaient le fonds de la scrofule qui était virulente et contagieuse. Nous ne pouvons énumérer toutes les hypothèses émises. (Voyez Milcent, *loc. cit.*, pag. 329). Les auteurs contemporains comprenant l'impossibilité de définir la scrofule d'une façon parfaite, s'en sont tenus à un mot. Pour Jaccoud, c'est une dystrophie constitutionnelle à produits polymorphes, dont les manifestations de nature inflammatoire occupent la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les tissus ostéo-fibreux et les viscères. Nous dirons pour notre part, avec M. L. Boyer, que c'est une diathèse se manifestant par des produits inflammatoires ayant des tendances souvent fâcheuses ; de plus dans la scrofule il y a, diminution et perversion de la vitalité, surtout dans les fonctions plastiques. Nous croyons être plus précis et plus en accord avec la réalité des faits, sans préjuger d'ailleurs

de la nature intime. C'est pour avoir voulu pénétrer cette dernière que l'on a jeté sur la question une confusion regrettable. La présence de tubercules dans certains accidents scrofuleux a porté certains esprits à confondre la tuberculose avec la scrofulose, ce qui est démenti par la clinique. Combien de scrofuleux porteurs de lésions graves sont parvenus à la plus grande vieillesse sans être devenus tuberculeux au sens clinique du mot ? Ne voit-on pas encore une foule de tuberculeux mourants qui n'ont jamais eu des manifestations scrofuleuses ? L'observation des malades bien interprétée montre donc l'unité de l'entité scrofulose. Ceux qui l'ont niée sont les auteurs qui n'ont point embrassé le problème dans son ensemble et qui ont voulu le résoudre avec une seule donnée, l'histologie pathologique. C'est à ces différences dans la méthode que sont dues les trois théories auxquelles peuvent se réduire les opinions des auteurs : 1° la scrofulose et la tuberculose sont bien distinctes quoiqu'étant voisines ; 2° la tuberculose n'existe point ; il n'y a que la scrofulose ; 3° pas de scrofulose, la tuberculose seule existe. Nous avons partagé la première opinion en nous appuyant sur les faits cliniques, voyons maintenant si l'histologie nous condamne.

III. Rapports de la scrofulose avec la tuberculose. — C'est là une question du plus grand intérêt, et qui demanderait pour être complètement traitée de longs développements appuyés sur une vaste bibliographie. Nous nous contenterons de résumer la question aussi succinctement que possible, renvoyant pour les détails à l'excellente revue sur le tubercule de M. le professeur Estor (*Gaz. hebd. sc. méd. de Montpellier 1881*), et au travail de M. Merkleu sur ce sujet, paru dans les *Annales de dermatologie* en 1880 et 1881.

Lorsque Laennec, en 1819, se fondant sur l'anatomie pathologique, eut dégagé le tubercule de la surface, et eut établi l'unité de la tuberculose, la considérant comme tributaire de cette dernière, la phthisie caséeuse, il se produisit un revirement dans les esprits. Vogel en

1847, ne reconnaissait plus de différence entre les matières scrofuleuses et tuberculeuses. La scrofule était niée par lui au point de vue anatomique, tandis que Broussais et son école la rayaient du cadre nosologique. Lugol, Baudelocque, Graves, protestèrent au nom de la tradition. Lebert (Traité des maladies tuberc. et scrof. 1849) au nom de l'histologie. Il cherche à rétablir le domaine de chacune des deux diathèses en s'appuyant sur le *corpuscule tuberculeux*, amas de cellules dégénérées, qu'il donnait comme caractéristique du tubercule. Il niait en même temps la phthisie caséeuse ou scrofuleuse.

C'est à ce moment que Virchow (Pathologie des tumeurs, t. III, p. 39),va porter un coup violent à l'édifice unitaire de Laennec. Il donne la première notion histologique de la granulation tuberculeuse : c'est un nodule constitué par une accumulation de cellules et de noyaux au milieu d'une substance intermédiaire finement granuleuse, aboutissant à la caséification. La substance caséeuse est aussi l'aboutissant d'inflammations chroniques sans nodosités : telle est la phthisie caséeuse ou scrofuleuse, telle est la théorie de la dualité.

L'histologie va lui livrer de rudes attaques. Schüppel donne aux cellules géantes uue importance considérable : elles caractérisent la matière tuberculeuse; Friedländer 1872, suit Schüppel dans cette voie, il trouve les cellules géantes ou riesenzellen dans le lupus et les ganglions scrofuleux. La dualité diathésique est compromise. Mais lui-même déclare que la cellule géante n'a de valeur que lorsqu'elle se présente entourée de deux zones de cellules, une zone de cellules épithéliales, une zone de cellules embryonnaires. Ce petit amas serait spécifique ; Koster le décrit dans les inflammations fongueuses des articulations 1878, sous le nom de *tubercule élémentaire.*

En France, ces travaux sont bien accueillis. Charcot accepte la signification du tubercule élémentaire qu'il appelle *follicule tuberculeux.* La caséification procède du centre à la périphérie.

Cet élément spécifique admis, les idées marchent. M. Thaon (1873) établit l'unité diathésique de la phthisie (caséeuse et tuberculeuse) Grancher, dès 1872, commence une série de travaux qui tendent à

montrer que le follicule tuberculeux se trouve dans la substance caséeuse: la phthisie caséeuse est donc histologiquement tuberculeuse.

Cela ne pouvait que retentir sur la scrofule dont les lésions ultimes tendent à la caséose. Friedländer avait décrit le follicule tuberculeux dans le lupus, Koster dans les fongosités articulaires, Baumgarten dans l'éléphantiasis. « Immédiatement on défend la conclusion : ce sont des lésions tuberculeuses » (Estor). Il y a des protestations. Cornil, dans le *Journal d'anatomie* de Robin, étudie la structure des ganglions scrofuleux et tuberculeux. Il montre leur différence. La sclérose domine dans le ganglion scrofuleux, la tendance à la caséose est la caractéristique du ganglion tuberculeux (1878). L'histoire des *tuberculoses locales* commence alors. On trouve le follicule tuberculeux dans la plupart des manifestations scrofuleuses appartenant surtout à la scrofule fixe primitive; elles ne dépendent plus de la scrofule, on en fait des manifestations locales de la diathèse tuberculeuse.

Mais voici que M. Brissaud (des tuberculoses locales, *Archiv. gén. de méd.* 1880), tout en admettant les tuberculoses locales, telles que les décrivent Brouardel, pour la tuberculose génitale chez la femme (1835), Rendu pour le testicule, tire de tous ces faits des conclusions au bénéfice de la scrofule. «Ce qui résulte, dit-il, de la connaissance plus approfondie des tuberculoses locales, c'est que la diathèse scrofuleuse absorbe à son profit la prétendue diathèse tuberculeuse. La scrofule n'est pas une maladie éphémère; elle a des âges tout comme la syphilis, et la tuberculose est un aboutissant anatomiqne de cette diathèse; mais elle n'en représente pas l'unique variété morbide pas plus qu'elle n'est fatale et inévitable.»

C'est la fusion des deux diathèses. Grancher, le comprenant et sentant bien la différence qui les sépare, essaie de concilier l'histologie avec la clinique. Pour qu'une lésion soit tuberculeuse, il faut que l'on trouve la granulation grise de Laennec; quand le processus s'arrête au follicule tuberculeux, il s'agit de scrofulose. Le scrofulome est du tubercule arrêté dans son évolution.

Ce n'est donc qu'une question d'âge pour M. Grancher et dès-lors

la nature est la même. Il retombe malgré lui dans les idées de M. Brissaud.

Voilà où on en était arrivé avec le follicule tuberculeux : une confusion histologique des plus complètes. Les travaux de Grancher ont suscité en 1880 de vives discussions à la société médicale des hôpitaux. On protesta au nom de la clinique et les conclusions générales du débat furent pour la dualité diathésique.

Les travaux les plus récents d'histologie sont favorables à cette dernière. Poursuivons donc.

Les riesenzellen sont étudiés au point de vue de leur origine, de leur nature, et ils vont perdre toute leur signification. Les travaux de Brodowsky 1875, de Malassez, de Kiener, de H. Martin 1880, conduisent à ce résultat. On obtient des cellules géantes à la suite d'irritations banales. Heidenhain a vu des cellules géantes à la surface des corps étrangers introduits dans l'abdomen des animaux. Weiss en a trouvé à la surface des cheveux et des fils de coton introduits sous la peau. Ziégler en fabrique à volonté entre deux lamelles de verre. Talma en obtient autour d'un morceau de moelle de sureau, introduite sous la peau d'un chien.

La conclusion est fatale : ce n'est plus ni la cellule géante, ni le follicule tuberculeux qui sont en cause, c'est la granulation tuberculeuse elle-même. Ce n'est plus qu'un produit inflammatoire non spécifique mais générique, se retrouvant dans des conditions diverses et sans valeur propre au point de vue de la détermination d'une maladie.

L'histologie perdant toute sa valeur dans la question, on a cherché à résoudre le problème des rapports entre la tuberculose et la scrofulose par la clinique et l'expérimentation. Nous avons essayé pour notre part d'aider à la solution par le premier moyen. Voyons les résultats de l'expérimentation.

Dès 1865, Villemin avait émis le principe de la contagiosité et de l'inoculabilité du tubercule. Chauveau l'avait soutenu. Conheim et Fränkel qui l'avaient combattu un moment (ils prétendaient qu'on obtenait des tubercules en introduisant dans les tissus les corps étrangers

les plus divers), reviennent aujourd'hui, 1881, aux idées de Villemin. La théorie de la virulence de la tuberculose compte de nombreux défenseurs, parmi lesquels Klebs qui attribue la tuberculose à un germe le *monas tuberculosum*. L'expérimentation donne alors les résultats les plus intéressants. Le vrai tubercule inoculé se généralise rapidement et tue l'animal; les cultures augmentent sa virulence. (Villemin, Colin d'Alfort, Toussaint, Martin). L'inoculation de la matière extraite des tubercules consécutifs à l'inoculation des corps étrangers non tuberculeux, ne donne jamais une tuberculose généralisée.

Faire des essais comparatifs avec les produits scrofuleux était nettement indiqué. Voici les résultats: Villemin avait ouvert la voie, elle fut suivie par Kiener (Soc. méd. des hôpitaux 1881), qui inocule des fragments de lupus sans obtenir de généralisation; par Martin, par MM. Conheim et Salomonsen, par Max Schüller 1880-1881, qui fait des expériences dans lesquelles l'inoculation de fongosités articulaires, ou de morceaux de ganglions scrofuleux donnent une tuberculose généralisée. D'où l'on peut conclure que la pneumonie caséeuse, les ganglions caséeux, dits scrofuleux, et le plus grand nombre des arthrites fongueuses sont de nature identique ou tuberculeuse, tandis que le lupus est franchement scrofuleux.

Ce dernier point en particulier est mis encore en lumière par un article de M. Vidal paru en août 1882, dans les *Annales de dermatologie*. Il s'agit de tuberculose de la peau; l'auteur s'exprime ainsi: « Avec Jarisch et avec Chiari, je dirai que ces faits démontrent positivement que la tuberculose de la peau a une marche particulière et spéciale tout à fait différente de celle du lupus vulgaire.» Les faits rapportés par Riehl (Wiener médic. Wochenschrift 1881) confirment les conclusions de M. Vidal.

Tous ces travaux tendent donc à affirmer la dualité diathésique. Cependant les arthrites et matières caséeuses seraient distraites de la scrofulose au nom de l'expérimentation. Nous acceptons le fait en lui-même, mais non la conséquence qu'on en tire. N'avons-nous pas

dit en effet que la tuberculose est la complication la plus fréquente de la scrofule? On avait affaire à des arthrites compliquées; dans l'arthrite scrofuleuse, il n'y a point nécessairement de tubercules.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

Le traitement rationnel de la scrofule se déduit sans peine du caractère de la scrofule et de ses manifestations, telles que nous les avons décrites. N'est-ce point là une preuve sérieuse que nous avons bien interprété les faits? Nous le croyons. Nous avons essayé de montrer que la scrofule, diathèse à fonds débilité où la nutrition se fait mal, produit des manifestations de nature inflammatoire, à tendances destructives (suppuration, ulcération). D'où deux indications majeures : combattre la faiblesse générale d'un côté, de l'autre substituer à l'inflammation torpide des strumes, une inflammation de bonne nature; la première s'adresse à l'état général, la seconde à l'état local.

1° *Traitement de l'état général.* — Les moyens sont de divers ordres : l'hygiène aura une grande importance : on choisira un climat tempéré et sec, habitation aérée exposée au soleil. Aliments nutritifs (viandes, etc.), boissons légèrement alcooliques. La balnéologie rendra aussi des services, les bains de mer, les eaux sulfureuses en particulier.

Le traitement médicamenteux est aussi de la plus grande importance : on peut améliorer beaucoup si on ne guérit pas. L'huile de foie de morue à fortes doses suivant l'âge, les iodés, les arsénicaux seront en première ligne. Le fer, les toniques, les amers, les dépuratifs seront utiles suivant les cas.

2° *Traitement local.* — Celui-ci comprend le traitement de toutes les scrofulides. Une simple énumération des moyens proposés pour chaque espèce serait fort longue. On doit toujours prendre pour guide l'indication énoncée plus haut. C'est en procédant d'après cette dernière, qu'on a employé contre les *scrofulides humides (exsudatives)* les cataplasmes d'abord pour calmer l'inflammation, puis l'huile de cade; contre *les scrofulides sèches (papuleuses, exanthématiques),* la glycérine et les glycérolés ; contre *les pustuleuses*, le savon noir, etc.

Contre *les adénites*, emplâtre de Vigo, pommades résolutives, ne point se presser d'ouvrir quand il y a du pus, car il peut se résorber. Si on a été obligé d'inciser : injections irritantes dans le ganglion, stylet chargé de nitrate d'argent, etc.

Pour les *scrofulides plus graves*, ulcères, lupus, on combat les complications s'il y en a. Localement, on s'adresse à des excitants très forts (nitrate d'argent, chlorure de zinc, nitrate de mercure, huile de noix d'acajou). L'acupuncture peut rendre des services. Aujourd'hui on obtient de merveilleux résultats avec le raclage des parties anfractueuses, préconisé par Volkmann : une grande partie des vaisseaux qui nourrissent le lupus et fournissent à son développement sont sectionnés.

Quand le lupus occupe une surface extérieure, que l'on peut facilement arriver dans toutes ses anfractuosités, la *scarification linéaire* produit des merveilles. Cette méthode qui est un perfectionnement de la scarification ponctuée est due à Balmanno Squirre. M. E. Vidal l'a employé dès la fin de 1874, à l'hôpital Saint-Louis, et a obtenu des résultats excellents. L'amélioration se manifeste bientôt et l'on obtient des réparations de tissu étonnantes (1). Par la section multipliée des capillaires, la scarification linéaire anémie rapidement la plaque de lupus; d'autre part, la phlegmasie localisée qui suit le petit traumatisme favorise la destruction du néoplasme (Besnier et Doyon),

(1) Voir pour plus de détails Moritz Kaposi, trad. citée, t. II, p. 278.

conséquemment, « les cellules lupiques les plus avancées, celles qui sont en voie de segmentation, aussi bien que les cellules géantes, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, et sont détruites durant la phase d'inflammation, tandis que les cellules les plus jeunes, les cellules embryonnaires, celles qui se présentent sous la forme de noyaux, entraînées dans le processus cicatriciel, se modifient et concourent à la formation du tissu conjonctif. (Vidal, Lect. à l'Acad. de méd. 1880).

Pour le traitement des scrofules ternaires et quaternaires, nous ne pouvons que renvoyer aux traités spéciaux sur les ostéites, les tumeurs blanches, etc.

CONCLUSIONS.

L'entité scrofuleuse existe évidente au point de vue clinique.

L'histologie ne prouve rien contre elle, elle est de peu de valeur pour juger les rapports de la scrofule et de la tuberculose.

L'expérimentation d'accord avec la clinique reconnaît à la scrofule un domaine incontestable, qu'elle restreint toutefois, puisqu'elle lui enlève les manifestations de la troisième et de la quatrième période qui seraient tuberculeuses.

Pour nous, ces dernières manifestations ne présentent point nécessairement des tubercules, lorsqu'elles en renferment, c'est que la scrofule est compliquée de tuberculose. Les deux diathèses se sont unies, mais ne se sont point substituées l'une à l'autre.

FIN

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
BOYER.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Donner les caractères des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie.

Texture de la matrice à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

Anatomie pathologique et Histologie.

Du cancer de l'utérus.

Physiologie.

Des fonctions de l'ovaire.

Pathologie Médicale ou Interne.

Quelles sont les causes des palpitations du cœur.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Du régime des opérés.

Thérapeutique et Matière Médicale.

De l'ergot de seigle et de sa médication.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

De l'endurcissement au froid.

Accouchements.

De la version par manœuvres externes.

Clinique Interne.

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique Externe.

Indications de la lithotricie.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lipémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude de la scrofulose.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !